

CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIVATES
CURSO DE ENFERMAGEM

**ANÁLISE DE DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR PREVALÊNCIA EM
GRUPO DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO
INTERIOR DO RS**

Giseli Cristina Marchi

Lajeado, dezembro de 2015

Giseli Cristina Marchi

**ANÁLISE DE DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR PREVALÊNCIA EM
GRUPO DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO
INTERIOR DO RS**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem, do Centro Universitário Univates, apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Ms. Paula Michele Lohmann

Lajeado, dezembro de 2015

RESUMO

O envelhecimento está diretamente relacionado ao aumento da incidência, prevalência e mortalidade relacionado às doenças crônicas. Idosos portadores de uma ou mais doenças, podem apresentar como exemplo danos ou a perda da autonomia e declínio da capacidade funcional. Neste estudo objetivou-se analisar as doenças crônicas mais prevalentes em idosos do município de Progresso, no interior do estado do Rio Grande do Sul. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, onde os dados foram analisados conforme Bardin. Foram entrevistados 10 idosos com idade entre 60 e 83 anos, usuários da Unidade Básica de Saúde (UBS) do município. A maioria dos idosos informantes da pesquisa foram do gênero feminino, com idade entre 60 a 65 anos, a prevalência da religião católica na maioria dos idosos, bem como o trabalho deteve-se na agricultura. Eles referem que buscam o serviço na UBS pelo mesmos motivos, que são renovação de receita e a para consultas médicas. A prevalência de doenças crônica foi de na maioria deles as mais comuns à do grupo das Doenças Cardiovasculares; seguidas pelas neoplasias malignas e diabetes mellitus. **Conclusão:** A prevalência de doenças crônicas foi em idosos jovens com idade entre 60 e 65 anos, tendo em média duas ou mais doenças, fazendo uso diário de medicação. Desta forma percebe-se que os profissionais devem intensificar o trabalho em relação ao cuidado com a pessoa idosa, fazendo com que tenham uma melhor qualidade de vida e esta possa ser com uso de alternativas não medicamentosas.

Palavras-chaves: Saúde do Idoso; Doenças Crônicas; Envelhecimento da População

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	5
2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	8
3 METODOLOGIA.....	12
3.1 Tipos de pesquisa.....	12
3.2 Local da pesquisa.....	12
3.3 Sujeitos da pesquisa.....	13
3.4 Critérios de inclusão.....	13
3.5 Critérios de exclusão.....	13
3.6 Coletas de dados.....	14
4 ANÁLISE DOS DADOS.....	16
4.1 Caracterização dos informantes da pesquisa.....	16
4.2 Temas da pesquisa.....	17
4.2.1 Tema 1: Forma de acesso à Unidade Básica de Saúde.....	17
4.2.2 Tema 2: Motivos pela busca do serviço de saúde.....	18
4.2.3 Tema 3: Faz uso de medicação contínua e quais são estas.....	19
CONCLUSÃO.....	24

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um dos maiores desafios da saúde pública. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, no Brasil, o número de idosos aumentou de 3 milhões em 1960, para aproximadamente 15 milhões em 2000 (8,6 % da população total do país), e deve ultrapassar 30 milhões nos próximos vinte anos (Bruna Camilo Turi, 2010).

A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e o estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, definem idoso as pessoas com 60 anos ou mais de idade. Já a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002) define o idoso a partir da idade cronológica, sendo a pessoa com 60 anos ou mais, em países de desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos. É importante reconhecer que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento.

Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade (Brasil, 2005).

O envelhecimento é um processo de declínio irreversível das funções fisiológicas, e a inúmeras mudanças funcionais no indivíduo, como: diminuição da massa magra, aumento do tecido adiposo e menor eficiência coronariana no bombeamento do sangue. Existem outros fatores, isolados ou associados, fazem parte do processo de envelhecimento e podem culminar no aparecimento de inúmeras doenças, como é no caso da hipertensão arterial, diabetes mellitus 2,

insuficiência cardíaca, osteoporose, entre outras (SANDRA LIA DO AMARAL; HENRIQUE LUIZ MONTEIRO 2010)

Doenças crônicas são geralmente aquelas de desenvolvimento lento, de longa duração e, por isso levam um tempo mais longo para serem curadas, ou, em alguns casos, não tem cura. De acordo com OMS, as doenças crônicas são as principais causa de morte correspondendo a 72% e incapacidade no mundo, mas podem ser prevenidas. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica as doenças crônicas em duas categorias transmissíveis infectos contagiosos e não transmissíveis (OMS 2009).

As doenças transmissíveis estão a AIDS, Hepatite B e C e tuberculose. Já as não transmissíveis estão as doenças cardiovasculares, câncer, doenças respiratórias (asma, bronquite, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, DPOC), doenças metabólicas (obesidade, diabetes, hipertensão, hiper e hipotireoidismo, dislipidemia entre outras.

A expansão das doenças crônicas reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento econômico e globalização alimentar, que acarretam as alterações das dietas alimentares, aumento dos hábitos sedentários, crescimento do uso do tabaco, estresse entre outros. (OMS)

Lima-Costa, Barreto e Giatti, (2010) em estudo descritivo baseado na Pesquisa Nacional por amostra de domicílios, concluíram que as doenças mais comuns entre idosos são, pela ordem, as do aparelho locomotor, metabólicas e do sistema cardiovascular. Estes agravos são predominantes crônicos e múltiplos, podendo persistir dezenas de anos, e necessitando de cuidados constantes e permanentes (exames periódicos, medicação contínua), aumentando o número de internações hospitalares, bem como o tempo de ocupação do leito nesta faixa etária. A prevalência de pelo menos uma doença crônica abrange 69% dessa população, sendo que a hipertensão e a artrite respondem por 81,4% dos agravos.

A política pública de atenção ao idoso se relaciona com o desenvolvimento socioeconômico e cultural, bem como com a ação reivindicatória dos movimentos sociais. Uma trajetória importante foi a Constituição Federal de 1988, que introduziu em suas disposições o conceito de Seguridade Social, fazendo com que a rede de

proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania (POLITICA NACIONAL DO IDOSO.1994).

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população têm diversas dimensões e dificuldades, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso a sua integração na comunidade. O envelhecimento influencia o consumo, a transferência de capital e propriedades, impostos, pensões, o mercado de trabalho, a saúde e assistência médica, a composição e organização da família. É um processo normal, inevitável, irreversível e não uma doença. Portanto, não deve ser tratado apenas com soluções médicas, mas também por intervenções sociais, econômicas e ambientais (POLITICA NACIONAL DO IDOSO).

Com o aumento de pessoas acima de 60 anos de idade, vem se constituindo uns dos maiores desafios para a saúde pública, principalmente nos países onde há situações de pobreza e desigualdade social. Portanto esse estudo irá conhecer as doenças crônicas que mais prevalecem em um grupo de idosos do município de pequeno porte, RS, Brasil.

O tema central desta pesquisa foi sobre as Doenças crônicas mais prevalentes em idosos, no município de um Progresso, interior do estado do Rio Grande do Sul. Como problema: O crescimento da população idosa está relacionado ao aumento das doenças crônicas?

O objetivo geral para a busca das respostas do estudo foi: Analisar as doenças crônicas mais prevalentes em idosos de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, associado ao crescimento da população idosa. Os objetivos específicos: Caracterizar os idosos da pesquisa quanto à idade, escolaridade, profissão, religião, estado civil; conhecer a forma de acesso do idoso ao serviço de saúde e o motivo pelo qual procura o mesmo; identificar doenças tratadas pelo idoso através do serviço de saúde; verificar o gênero onde as doenças crônicas são de maior prevalência; identificar quais são as doenças crônicas mais presente nos idosos.

O interesse pelo qual escolhi esse tema foi desde a época que entrei no curso de Enfermagem adorava os assuntos sobre idoso, e com o grande aumento do mesmo e juntamente com as doenças crônicas que, resolvi ter um conhecimento

mais ampliado pelos assuntos, porque querendo ou não, será um grande desafio da saúde pública que teremos que enfrentar e eu como futura enfermeira, poderei indo pensando em programas de prevenção para poder ajudar esse tipo de população futuramente.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O envelhecimento é um fenômeno inerente à vida, que relaciona a passagem do tempo a mudanças biopsicossociais específicas e que ocorre de forma diferente para cada indivíduo, conforme, seus hábitos de vida, suas características genéticas e seu meio ambiente (Brasil 2008 a). Zimerman, apud Silva e Santos (2009) menciona que o envelhecimento implica em alterações biológicas, psicológicas e sociais.

Segundo Mendes et al (2005), envelhecer é um processo natural que caracteriza uma etapa da vida do homem e dá-se por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem de forma particular cada indivíduo com sobrevida prolongada.

Porém torna-se necessário delimitar uma faixa etária para o idoso brasileiro principalmente na formulação da política pública e na demarcação de grupo populacional dos beneficiários focalizando os recursos e concebendo direitos a esta população (SANTOS 2004).

Dias (2007) relata que envelhecer é um processo multifatorial e subjetivo, ou seja, cada indivíduo tem sua maneira própria de envelhecer. Sendo assim o processo de envelhecimento é um conjunto de fatores que vai além do fato de ter mais de 60 anos, deve-se levar em consideração também as condições biológicas, que está intimamente relacionada com a idade cronológica, traduzindo-se por um declínio harmônico de todo conjunto orgânico, tornando-se mais acelerado quanto maior a idade; as condições sociais variam de acordo com o momento histórico e cultural; as condições econômicas são marcadas pela aposentadoria; a intelectual é quando suas faculdades cognitivas começam a falhar, apresentando problemas de memória, atenção, orientação e concentração; e a funcional é quando há perda da independência e autonomia, precisando de ajuda para desempenhar suas atividades básicas do dia-a-dia.

Se falava a muito tempo atrás que saúde era a ausência de doença, mas a Organização Mundial de Saúde define saúde como o completo bem-estar tanto físico, mental e social e não só a simples ausência de doença. Como essa definição aponta para a complexidade do tema, e a reflexão mais aprofundada sobre seu significado nos leva a considerar a necessidade de ações intersetoriais e interdisciplinares no sentido de criar condições de vida saudáveis (CONSTITUIÇÃO DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1946).

Atualmente, é senso comum entre a população e os militantes desse setor que o processo saúde-doença é um processo social caracterizado pelas relações dos homens com a natureza (meio ambiente, espaço, território) e com outros homens (através do trabalho e das relações sociais, culturais e políticas) num determinado espaço geográfico e num determinado tempo histórico. Nesse sentido, a promoção a saúde aglutina o consenso político em todo o mundo e em diferentes sociedades como paradigma válido e alternativo aos enormes problemas de saúde dos países. A carta de intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá, em 1986, denominado Carta de Ottawa, assim define a promoção à saúde:

“...o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os

indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente... assim, a promoção à saúde não é responsabilidade exclusiva do setor da saúde, e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA 1986).

A Carta de Ottawa advoga que a saúde constitui o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e que é somente através das ações de promoção que as condições e recursos fundamentais para a saúde se tornam cada vez mais favoráveis. Considera que esses recursos são: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, os recursos renováveis, justiça social e equidade. (8ª Conferência de Saúde 1986).

As prioridades do Pacto em das diretrizes em defesa do SUS (2006) a saúde do idoso são:

- Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar;
- O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- Fortalecimento da participação social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas. As estratégias de ações a serem usadas são as seguintes; caderneta de Saúde da Pessoa Idosa - Instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde. Manual de Atenção Básica e Saúde para a Pessoa

Idosa - Para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa;

- Programa de Educação Permanente à Distância - Implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica em saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde. Acolhimento - Reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso. Assistência Farmacêutica - Desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- Atenção Diferenciada na Internação - Instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar; Atenção domiciliar – Instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) indica que as doenças crônicas de declaração não obrigatória, como as doenças cardiovasculares, a diabetes, a obesidade, o cancro e as doenças respiratórias, representam cerca de 59 % do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças. Afetam países desenvolvidos e países em vias de desenvolvimento. (PORTAL DA SAÚDE, 2005)

A expansão das doenças crônicas reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento econômico e globalização alimentar, que acarretam: alteração das dietas alimentares; aumento dos hábitos sedentários; crescimento do consumo de tabaco; cerca de metade das mortes causadas por doenças crônicas está diretamente associada às doenças cardiovasculares. Os ataques cardíacos e os enfartes do miocárdio matam cerca de 12 milhões de pessoas por ano. A hipertensão e outras doenças cardíacas matam, por sua vez, 3,9 milhões de pessoas. Cerca de 75% das doenças cardiovasculares são atribuíveis a: colesterol

elevado; tensão arterial elevada; dieta pobre em frutas e vegetais; sedentarismo; tabagismo. (PORTAL DA SAÚDE, 2005)

Em todo o mundo calcula-se que existam 177 milhões de pessoas a sofrer de diabetes, sobretudo de tipo 2. Dois terços do total vivem nos países em vias de desenvolvimento. Mais de mil milhões de adultos sofrem de excesso de peso. Destes, pelo menos 300 milhões são clinicamente obesos. (PORTAL DA SAUDE, 2005).

E as melhores medidas a serem tomada por essas pessoas portadora de doenças crônicas são: uma alimentação saudável; controle do peso; tabagismo; prática de exercício físico entre outros. ((BRASIL, 2001; OMS, 2003)).

O papel dos enfermeiros nas estratégias das doenças crônicas nos idosos é fazer Programas de Educação em Saúde para minimizar os índices de doenças nas pessoas idosas.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipos de pesquisa

Na realização de um estudo de abordagem qualitativa, o pesquisador envolve-se profundamente com a vida cotidiana dos sujeitos de pesquisa, compreendendo um problema a partir da visão, vivências, aflições, desejos, anseios e sentimentos destes sujeitos. Esse tipo de pesquisa possui métodos que requerem uma interação entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, sendo algumas vezes necessário que o pesquisador conquiste a aceitação e a confiança dos participantes (LEOPARDI, 2001).

A análise qualitativa apresenta certas características particulares. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou uma variável de interferência precisa, e não em interferências gerais. Pode funcionar sobre corpus reduzido e estabelecer categorias mais discriminantes, por não estar ligada. (LAURENCE BARDIN-2012)

3.2 Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um município de pequeno porte do Rio Grande do Sul, ele é composto por 6.163 habitantes em seu último censo realizado em 2010, sendo 3.183 homens e 2.980 mulheres, desde sendo 5321 alfabetizados e 842 analfabetos, a religião predominante é a católica apostólica romana. Neste município também contém um hospital que tem a capacidade para 45 leitos, onde é realizado pequenas cirurgias, internações entre outros serviços em geral e duas Unidades Básicas de saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde foi realizada a pesquisa está localizada no centro da cidade, contando com uma bela infraestrutura e um espaço organizado: três clínicas básicas, uma odontologia, sala de curativo, sala de enfermagem (serviços), sala de imunização e sala de nebulização.

3.3 Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram dez idosos, com idade apartir de 60 anos, moradores do município atendidos na unidade básica de saúde (UBS).

3.4 Critérios de inclusão

Os critérios para inclusão dos idosos foram aqueles que apresentassem idade entre 60 e 90 anos, que procurassem a UBS para consultas, exames, e atendimentos com os profissionais da equipe, bem como realizassem acompanhamento para determinada patologia. Que mantivessem atividade cognitiva preservada, que não apresentassem demência. Havendo idosos com idade superior a 90 anos, porém com capacidade funcional preservada seria incluído no estudo

3.5 Critérios de exclusão

Os critérios de exclusão dos informantes da pesquisa foram os idosos com idade inferior a 60 anos ou superior a 90 anos. Idosos que apresentem demência, como Alzheimer e idosos que não usam os serviços oferecidos pelo SUS na UBS.

Nesta pesquisa foram excluídos três idosos, pois apresentavam mais de 90 anos de idade e não apresentavam condição de responder.

3.6 Coletas de dados

A pesquisadora entregou uma cópia do projeto de pesquisa na secretaria Municipal de Saúde, para que o Gestor municipal avaliasse e autorizasse a realização da mesma. Após aprovação do gestor, foi conversado com a enfermeira da UBS e iniciada as coletas de dados.

A pesquisadora se deslocou até a UBS para conversar com a equipe e responsável pela unidade, explicou os objetivos do estudo e agendou os horários para que ela pudesse estar presente no local para a coleta dos dados do estudo.

A coleta dos dados foi realizada utilizando um questionário semi-estruturado, contendo seis questões para a caracterização dos informantes e seis questões que contemplavam os objetivos da pesquisa. A mesma no mês de setembro de 2015,

sendo que qualquer custo acarretado pela pesquisa fosse de responsabilidade da pesquisadora.

A pesquisa não oferecia riscos aos informantes, o possível risco era o desconforto de ser abordado e solicitado a sua participação e o idoso não aceitar. Bem como, o informante poderia pensar que as suas respostas acarretariam em algum prejuízo nos seus atendimentos na UBS; todos os objetivos foram expostos através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE- Apêndice 1), ratificando que ele poderia desistir de participar em qualquer momento.

Consideram-se como benefícios na participação da pesquisa, de que os depoimentos contribuirão para posteriores estudos na área, melhorias nas condições de prevenção e promoção da vida dos idosos e incentivos na execução da política existente dirigida aos mesmos.

A pesquisadora permaneceu todas as manhãs de segunda a sexta-feira na unidade para encontrar com os idosos que procuravam o serviço. Neste momento ela fez o convite para participar do estudo, quando estes aceitavam, lia o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e iniciava as entrevistas. Foi disponibilizado um espaço na UBS para que a pesquisadora e o entrevistado pudessem sentar e realizar a entrevista, havendo privacidade e conforto. O tempo estimado para as respostas foi em torno de 30 minutos cada uma.

Os dados obtidos através das entrevistas com os idosos foram dispostos em um banco de dados para a realização da análise dos mesmos. As análises de conteúdos foram realizadas de acordo com a teoria de Laurence Bardin (2011), onde foram organizados temas e sub-temas de acordo com as respostas das perguntas realizadas pela pesquisadora aos informantes. Os informantes foram identificados pela inicial I de idoso e sequência numérica conforme a entrevista.

Para Bardin (2011), a análise de conteúdo, enquanto método torna-se um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

Todos os documentos produzidos em decorrência da pesquisa ficarão sobre a guarda da pesquisadora por cinco anos e após o material será incinerado.

A pesquisa respeitou os aspectos éticos de acordo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

4 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresentamos os dados obtidos na pesquisa realizada. Iniciamos caracterizando os informantes da pesquisa, no que refere-se à idade, escolaridade, profissão, estado civil, gênero e religião, e após a análise com base em Bardin(2011) dos temas que emergiram das perguntas do instrumento da coleta de dados.

4.1 Caracterizações dos informantes da pesquisa

Em relação à idade dos informantes a maioria deles apresentava idade entre 60 a 65 anos, sendo cinco informantes (50%), três informantes com idade entre 72 a 77 anos (30%), um informante entre 66 a 71 anos (10%), um informantes entre 78 a 83 anos (10%) e um informante com idade entre 84 a 90 anos (10%).

Quanto à escolaridade dos mesmos, a maioria referiu ter o ensino fundamental incompletos sendo nove informantes, ou seja, 99%, e um informante com ensino médio completo, 1%.

Sobre a formação profissional, trabalho antes de sua aposentadoria, os informantes referiram: agricultura, nove informantes (99%) e uma professora (1%).

O estado civil foi um informante solteiro (10%), dois viúvo (20%) e sete casados (70%).

O gênero encontrado foram sete (70%) do gênero feminino e três (30%) masculino. Quanto à religião todos os informantes são católicos.

4.2 Temas da pesquisa

Os temas elaborados para análise dos dados contemplam as questões realizadas com os idosos da pesquisa, sendo estes: Tema 1: Forma de acesso à Unidade Básica de Saúde; Tema 2: Motivos pela busca do serviço de saúde; Tema 3: Faz uso de medicação contínua e quais são estas; Tema 4: Apresenta algum vício; Tema 5: Presença de patologias; Tema 6: Realização de atividades físicas.

4.2.1 Tema 1: Forma de deslocamento à Unidade Básica de Saúde;

A maioria dos informantes referiu que o acesso à unidade básica de saúde é feita através de automóvel próprio, não sendo necessário utilizar meio de transporte coletivo ou do município, todos apresentam condições de deambulação.

Os idosos procuram o serviço de saúde em maior proporção do que as pessoas dos demais grupos etários. A procura por motivo de doença crônica foi mais elevada do que observada em casos de doenças não-crônicas (28,9 %, 8,1%, respectivamente). A prevalência das doenças crônico-degenerativas é muito mais acentuada entre os idosos, trazendo como consequência maior tempo de internação hospitalar, a recuperação mais lenta e uma maior frequência de reinternações e invalidez. (Paz e Santos 2004)

É importante consideramos que o acesso á unidade é de extrema importancia e garantido ao idoso, e a diferenciação entre o deslocar-se e ter acesso. No que tange a questão acessibilidade, referes-se aos cuidados de saúde de forma fácil e conforme convem ao idoso que procura o serviço. Deste modo de forma geográfica e organizacional deve estar alocado o serviço para a chegada e acolhimento do usuário (DONABEDIAN, 2003).

O mesmo autor supracitado, afirma que os profissionais de saúde devem atentar não apenas para a forma de chegada, garantia do atendimento mas à continuidade do cuidado que lhe for ofertado.

Pensando no acesso do idoso ao serviço de saúde, a existencia de uma unidade de saúde na localidade de moradia do mesmo não garante a ele o seu acesso, ou digamos acessibilidade, cabe ao profissional de saúde atentar ás

condições ou formas de chegada deste idoso à unidade, seja de carro, de cadeiras de rodas, com familiar etc (Starfield, 2002).

O Sistema Único de Saúde (SUS) orienta-se pelo princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde. O Plano de Ação sobre o Envelhecimento da 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento destacou a equidade no acesso aos cuidados de saúde e as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças como bases para um envelhecimento saudável (HOSKINS et al., 2005). O acesso à saúde representa a possibilidade dos sujeitos de desfrutarem abertamente dos cuidados de que necessitam, sendo resolutivo e extrapolando barreiras diversas, tais como: geográficas, econômicas e outras (SOUZA et al., 2008).

4.2.2 Tema 2: Motivos pela busca do serviço de saúde

As maiorias dos idosos referiram que o motivo maior que procuram a Unidade Básica de Saúde é para a realização de consulta e a renovação da receita.

Conforme relatos abaixo:

“Para buscar meu remédio que tomo toda a noite e de vez enquanto para a consulta, e renovação da receita” I10;

“Quando ataca as doenças, quando dá feridas nas pernas” I8

“Para realizações das consultas. Para buscar remédio e quando a doença ataca que sinto muita dor”. I4

“Ah. Pela pressão alta, problema de e para a realização das consultas de costume”. I3

“Motivo maior que procuro o posto é que seguidamente me dá infecção na perna, porque tenho úlcera varicosa. E também para fazer exame para ver como tá a afinação do meu sangue”. I2

“Por causa da diabete”. I6

Juntamente com o envelhecimento da população ocorre aumento das doenças crônicas e degenerativas como hipertensão, diabetes, as demências etc.(Paz e Santos 2004).

Pesquisas de Garrido e Menezes (2002) destacam que em relação à morbidade, o relato de depressão e nervosismo foi destacado para análise devido sua importância para os idosos. Os sintomas de depressão e nervosismo apresentaram uma prevalência significativa entre idosos brasileiros (27%). A associação da queixa de depressão com nível de renda também foi verificada nesse estudo encontrando-se uma relação inversa: prevalência mais elevadas em níveis de renda mais baixa.

4.2.3 Tema 3: Faz uso de medicação contínua e quais são estas

Todos os informantes referiram que fazem uso contínuo das medicações, sendo ingeridas ao menos duas vezes ao dia, manhã e noite (60%), sendo só à noite, (20%) manhã, tarde e noite (20%) as medicações usadas são:

Venalot (curnarina 15 mg; troxerrutina 90 mg); Marevam (varfarina sódica) tylex (paracetamol 500 mg; fosfato de codeína 30 mg); destibenol (dietilestilberol 1 mg; genuxa 1 mg; nonoidalada 50 mg); Prednisona (5 mg); Euprostatin (mesilato de doxazosina 2 mg); ibuprofeno (600 mg); Omeprazol (20 mg); Ácido acetilsalicílico (100 mg); Clonazepan (2,5 mg); captopril, Libenclamida; Neforminna; Rosuvastatina cálcica; Mononitrato de isossorbida; Hidroclorotiazida (50 mg); Captopril (50 mg); Sinvastatina (40 mg); Brilinta, Carnedital; Dipirona; Propranolol (cloridrato de propranolol 40 mg); Glibenclamida (5 mg); Cloridrato de Metformina (850 mg); Labirin (dicloridrato de betaistina 24 mg); Fluxon (cinarizina 75 mg); Atenolol, losartana. Fenobarbital (100mg).

“Sim todos os dias, duas vezes ao dia, sendo de manhã e de noite, após as refeições, café da manhã e janta”. I6

“Sim todos os dias. De manhã e de noite”, I5

“Contínuo, duas vezes ao dia de manhã e noite e o AS depois do almoço” I1

“Contínuo. Venalot tomo um comprimido pela manhã. O marevan de segunda-feira, quarta-feira, sexta-feira, sábado e domingo, tomo um comprimido por dia antes do almoço e terça-feira e quinta-feira, tomo meio comprimido por dia” I2

A qualidade de vida do idoso é bastante influenciada por sua capacidade de manter a saúde emocional, física e mental. A velhice não significa estar doente, mas, com o avanço de sua idade, o idoso diminui sua capacidade funcional e com isso, o paciente perde sua independência e autonomia, tendo sua qualidade de vida comprometida. Devido o envelhecimento, o paciente tem mais tendência a apresentar uma evolução nas patologias e, como consequência, aumentar o consumo de medicamentos e as chances de erros de administração ou interações medicamentosas (Fidêncio, 2011).

Com o grande número de idosos que estão sendo incluídos anualmente à população brasileira, não pode deixar de lado e avaliar suas consequências para o sistema de saúde, como o aumento de atendimentos aos portadores de doenças crônicas complexas, não transmissíveis e onerosas, peculiares da população idosa que persistem por anos e exigem cuidados constantes, exames periódicos e medicação contínua. Essa constatação induz à preocupação imediata com a elevada demanda por serviços de saúde, além do aumento de seus custos. (Baldoni 20011)

Recente pesquisa realizada pelo Centro de Referência do Idoso demonstrou que 56.6% dos idosos possuem receitas com mais de quatro medicamentos de uso contínuo, fato este que confunde o paciente. Este fato se associa á fisiologia do envelhecimento, na qual a absorção destas drogas e sua eliminação tomam um caráter diferente daqueles com idade adulta. Por exemplo, a dose mínima de uma determinada droga pode causar efeitos adversos sérios como se fosse utilizada sua dose plena num adulto, ou seja, o máximo da medicação utilizada num dia.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2000), de Ramos et al. (1993), Anderson et al. (1998), Sayd et al. (200) e Almeida et al. (1999), evidenciaram que os idosos, no Brasil, são portadores de pelo menos uma doença crônica e utilizam, pelo menos, um medicamento, regularmente, além de serem os

principais consumidores de serviços de saúde, consultas médicas e internações hospitalares (COUTO 2003).

4.2.4 Tema 4: Faz uso de álcool ou fumo?

. Entre os 10 idosos informantes, oito referiam não ter vício nenhum (80%) e dois referiram ser tabagista (20%)

O tabagismo é situado nos grupos dos transtornos mentais por motivos das substâncias psicoativas presente neles. O tabaco além de causar dependência ao usuário o expõe a cerca 4700 substâncias tóxicas, sendo dessas 60 carcinogênicas e, além disso, as pessoas que ficam expostas ao tabaco tem uma grande chance de adquirir doenças limitantes e fatais, como doenças respiratórias crônicas, vasculares e periféricas, cerebrovasculares, cardiopatia, neoplasias etc.(CID 10).

4.2.5 Tema 5: Presença de patologias

As patologias informadas pelos participantes foram:

“ Má circulação do sangue; úlcera varicosa.Também tinha colesterol, mas fiz tratamento, acompanhamento, tomei medicação e agora tá bom”. Só to me cuidando da alimentação”. I2

“Veia do coração (entupida), diabetes, pressão alta, ulcera varicosa”. I8

“Pressão alta, colesterol e problema sério de coluna”I3

“Diabetes”. I6

“Câncer de pele, pressão alta e enxaqueca”I5

“Diabetes, colesterol, triglicerídeos, veia entupida (molinha no coração)”. I1

“Epilepsia”. I10

“Tive ameaça de AVC ano passado, labirintite e colesterol.”17.

“Pressão alta e depressão”. 19

“Câncer de próstata”. 14

A hipertensão e o diabetes são as doenças crônicas muito comuns nos idosos, sendo os fármacos hipoglicemiantes e anti-hipertensivos os mais usados por eles, e assim necessitam de maior atenção e cuidados na dispensação e administração. As interações dos medicamentos podem ocorrer por vários fatores, não só relacionados ao uso de vários medicamentos (polifarmácia), mas também fatores externos, como tabaco, alimentação e as próprias comorbidades já existentes. (Fidêncio 2011)

4.2.6 Tema 6: Realização de atividades físicas

Entre os dez idosos participantes oito referiram não praticar nenhum tipo de exercício (70%), uma idosa participante referiu realizar atividade física de domingo a domingo (10%), e uma relatou que ao menos duas vezes por mês vem caminhando da cidade que pertence até a localidade que mora (10%) e uma me relatou que realiza de vez enquanto (10%).

“Algum pouco, quando posso, quando não tô ruim das pernas”. 18

“Não realizo atividade física por causa da minha perna que não me ajuda”. 12

“Eu não faço. Só trabalho ao redor de casa”. 13

“Sim todos os dias de domingo a domingo”. 16

“Não realizo”. 15

“Às vezes eu vo, faço duas vezes por mês da cidade que pertenço até a localidade onde moro, trabalho bastante, mas não serviço pesado”11

“Não realizo atividade física, caminho um monte em volta de casa para fazer as coisas.” 19

O sedentarismo, combinado a outros fatores de risco, contribui para a ocorrência de um conjunto de doenças crônicas, como: diabetes, osteoporose, câncer de cólon, de pulmão e de próstata e, sobretudo, doenças cardiovasculares (MARIA PAULA DO AMARAL; ZAITUNE; LUANA CARANDINA, MARILISA DERTI DE AZEVEDO DE BARROS, CHESTER LUIZ GALVÃO CÉZAR)]

CONCLUSÃO

O objetivo deste estudo foi analisar as doenças crônicas mais prevalentes em idosos do município de Progresso cidade do interior do estado do Rio grande do Sul.

Os dados coletados demonstraram que a maioria dos informantes era composta por idosas de sexo feminino, sendo importante a consideração de que como um estudo foi na UBS é possível que esta predominância das mulheres seja pelo fato de que há uma maior procura das mesmas pelo serviço.

Sobre estudos prévios, verificou-se o predomínio de uma população idosa jovem, situada na faixa de 60 a 65 anos, aspecto influencia no seu perfil de saúde, as pessoas mais idosas geralmente são mais frágeis e demandam serviços de maior complexidade.

Em relação aos hábitos de vida, apenas 20% dos idosos afirmaram ser fumante o restante dos idosos 80% relataram não fazer ingestão de alguma substância. O tabagismo é a principal causa de mortalidade em todo o mundo.

O uso de medicação continua todos os idosos relataram fazer seu uso, sendo em média de 2 ou mais medicamentos. Os idosos costumam utilizar muito mais medicamentos do que as pessoas de outra faixa etária; assim, estão mais propensos a sofrer seus efeitos adversos.

A maioria dos idosos relatou não praticar nenhum tipo de atividade física. Estudos mostram que pratica de atividade física regular diminui o risco de desenvolver doenças crônicas, além de produzir um bem-estar físico e mental. As pessoas para se manterem saudáveis depois dos 60,70,80 e 90 anos é só tiver uma alimentação equilibrada e mantiver uma prática regular de atividade física e não fumarem.

Quantos questionados sobre a presença de alguma doença crônica todos afirmaram de terem ao menos uma doença crônica, sendo que 30% relataram possuir uma única doença crônica, sendo que 70% relataram terem 2 ou mais doenças crônicas.

Espera-se com estes dados que o município conheça os mesmos e intensifique atividades com idosos, na pretensão de melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

Bem como pensamos que a universidade deva instigar cada vez mais os discentes a identificarem tais fatores e sua prevalência para subsidiar os atendimentos dentro das necessidades de cada grupo que chega no serviço de saúde.

REFERÊNCIAS

- KOTEKEW, Kamille. **Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em idosos submetidos a procedimentos cirúrgicos**: Disponível em: <www.lume.ufrgs.br>. Acessado dia 20/03/15 às 23h.
- HOFFMANN, Maria. **A política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades**. Disponível em <http://www.conciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm> acessado dia 01/04/15 às 18 hrs.
- **Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde**. 1. Ed., 2.^a reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- Bardin, Luarence, **Análise de conteúdo**. Editora Almedina Brasil.
- AMARAL, Zaitune. **Fatores associados ao tabagismo em Idosos: inquérito de saúde do Estado de São Paulo** - Cad. Saude, 2012 - Scielo Public Health. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro.
- Caderno de Atenção Básica/ Ministério da Saúde. **Estratégia para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica**. Brasília – DF, nº 35, 1^a edição. Disponível em <http://www.saude.gov.br/editora>>. Acessado 05/04/15 às 13 hrs.
- DIAS, Eliométrio Dias. **O Estatuto do Idoso e a judicialização do direito à Saúde**. Disponível em [http:// <jus.com. br/artigos/20304/o-estatuto-do-idoso-e-a-judicializacao-do-direito-a-saude>](http://jus.com.br/artigos/20304/o-estatuto-do-idoso-e-a-judicializacao-do-direito-a-saude) Acessado dia 05/04/15 as 14 hrs.

- CAVALCANTI, Cristiane Leite; GONÇALVES, Marida da Conceição Rodrigues;; ASCUITTI Luisa Sônia Rios, CAVALCANTI Alessandro Leite. **Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros.**Revista Salud pública vol. 11, nº 6 Bogotá Nov/ Dez. 2009. Disponível www.scielo.org.co/scielo acessado dia 07/05/2014 às 14 h
- RAMOS, Luiz Roberto.**Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo.** Disponível em <http://www.equipesaudepramover.com.br/artigos/fatores-determinantes-do-envelhecimento.pdf>. Acessado dia 04/03/15 às 20 h
- **Ministério da Saúde / Política Nacional de Promoção da Saúde.** Tiragem: 3ª edição, Brasília – 2010. Disponível em <http://www.saude.gov.bvs> acessado 30/04/2015 às 21h30min.
- Ministério da Saúde/Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Plano de Cuidado para o Idoso na Saúde Suplementar.** Disponível em http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_cuidado_idosos. Acessado dia 23/04/15 às 21 h.
- GUIMARRÃES, Anna Luisa Aguiar. **Atenção Farmacêutica na saúde do idoso.** Disponível em www.portaleducacao.com.br › Farmácia › Artigos › Farmacologia. Acessado dia 28 de setembro as 10 h.
- SILVA, Roberta Da. **O uso de medicamentos na terceira idade.**Disponível em <http://www.portaldafamilia.org/artigos/artigo411.shtm>. Acessado dia 28 de setembro as 13 h.

APÊNDICE

6. APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa intitulada “**ANÁLISE DE DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR PREVALÊNCIA EM GRUPO DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO INTERIOR DO RS**” proposto por Giseli Cristina Marchi tem como objetivo principal : Analisar as doenças crônicas mais prevalentes em idosos de um município de pequeno porte do interior do Rio Grande do Sul, associado ao crescimento da população idosa.

Será um estudo de caráter descritivo, exploratório, e qualitativo, e para tanto será lido para você um questionário com questões simples, de fácil compreensão. Você escolherá o melhor local para realizar a entrevista assim como o melhor horário. A partir dessa combinação a entrevistadora se fará presente. A entrevistadora irá ler as perguntas e esclarecerá qualquer dúvida você poderá responder as questões falando do seu entendimento de forma ampla.

Você precisa dispor de cerca de meia hora para responder aos questionamentos, e ressalta-se que é importante que se sinta à vontade durante a entrevista. Fica esclarecida a participação do sujeito de forma voluntária. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial e será assegurada sua privacidade uma vez que seu nome não será divulgado. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento.

Serão assegurados sigilo e fidedignidade dos dados coletados, respeitando todas as suas opiniões sobre o assunto, obedecendo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa envolvendo seres humanos. Você não terá nenhum tipo de custo ou compensações financeiras, também não haverá riscos de qualquer natureza relacionada à sua participação.

Declaro estar ciente deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar desta pesquisa, pois fui informado (a) de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de pressão e constrangimento, dos objetivos, da justificativa, dos procedimentos que serei submetido, dos riscos, desconfortos e benefícios da presente pesquisa.

Esta pesquisa é orientada pela professora Paula Lohmann, do Centro Universitário UNIVATES, sendo que a entrevista será realizada pela acadêmica de enfermagem Giseli Cristina Marchi, o telefone de contato é (51) 98080172, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação.

Data: ___/___/_____

Nome e assinatura do (a) participante

Nome e assinatura da pesquisadora responsável

Apêndice B

Instrumento de coleta de dados

IDADE:

ESCOLARIDADE:

PROFISSÃO:

ESTADO CIVIL:

GENERO: F M

1. Como você vai até UBS?
2. Por qual/quais motivos você procura a UBS?
3. Você toma alguma medicação (que dias, contínuo), Qual/Quais?
4. Você tem algum vício?
5. Frequência em que você realiza atividades físicas semanal?

ANEXOS

Anexo 1

Portaria Ministerial nº466/2012**III - DOS ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes.

III. 1 - A eticidade da pesquisa implica em:

- a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- c) garantia de que danos previsíveis serão evitados;
- d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio humanitária.

III.2 - As pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar as seguintes exigências:

- a) ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas;
- b) estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa;
- c) ser realizada somente quando o conhecimento que se pretende obter não possa ser obtido por outro meio;
- d) buscar sempre que prevaleçam os benefícios esperados sobre os riscos e/ou desconfortos previsíveis;
- e) utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa;
- f) se houver necessidade de distribuição aleatória dos participantes da pesquisa em grupos experimentais e de controle, assegurar que, a priori, não seja possível estabelecer;

III.3 - As pesquisas que utilizam metodologias experimentais na área biomédica, envolvendo seres humanos, além do preconizado no item III.2, deverão ainda:

- a) estar fundamentadas na experimentação prévia, realizada em laboratórios, utilizando-se animais ou outros modelos experimentais e comprovação científica, quando pertinente;
- b) ter plenamente justificadas, quando for o caso, a utilização de placebo, em termos de não maleficência e de necessidade metodológica, sendo que os benefícios, riscos, dificuldades e efetividade de um novo método terapêutico devem ser testados, comparando-o com os melhores métodos profiláticos,

diagnósticos e terapêuticos atuais. Isso não exclui o uso de placebo ou nenhum tratamento em estudos nos quais não existam métodos provados de profilaxia, diagnóstico ou tratamento;

c) utilizar o material biológico e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento dado pelo participante da pesquisa;

d) assegurar a todos os participantes ao final do estudo, por parte do patrocinador, acesso gratuito e por tempo indeterminado, aos melhores métodos profiláticos, diagnósticos e terapêuticos que se demonstraram eficazes:

d.1) o acesso também será garantido no intervalo entre o término da participação individual e o final do estudo, podendo, nesse caso, esta garantia ser dada por meio de estudo de extensão, de acordo com análise devidamente justificada do médico assistente do participante.

Anexo 2

Carta de Anuência e Autorização para uso de Dados

Lajeado, ____ de _____ de 2015

Prezados senhores

Declaro que tenho conhecimento e autorizo a execução do projeto de pesquisa intitulado ANÁLISE DE DOENÇAS CRÔNICAS DE MAIOR PREVALÊNCIA EM GRUPO DE IDOSOS DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO INTERIOR DO RS proposto por Giseli Cristina Marchi sob orientação da professora Paula Michele Lohmann, vinculado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, do Centro Universitário UNIVATES.

O referido projeto será realizado na ESF do Município e poderá ocorrer somente a partir da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (COEP) da Univates.

Ciente de que sua metodologia será desenvolvida conforme a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, autorizo a entrevista com os profissionais submetidos ao processo de seleção.

Atenciosamente,

Nome e cargo do responsável pelo local de realização da pesquisa